

<https://helda.helsinki.fi>

---

## Kuinka monta kertaa eteisvärinäpotilaalle kannattaa tehdä kardioversio?

Parikka, Hannu

2016

---

Parikka , H 2016 , ' Kuinka monta kertaa eteisvärinäpotilaalle kannattaa tehdä kardioversio?  
' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 71 , Nro 20 . <  
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL202016-1427.pdf> >

---

<http://hdl.handle.net/10138/225938>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*



**HANNU PARIKKA**  
LT, sisätautien ja kardiologian  
erikoislääkäri, apulaisylilääkäri  
HYKS Sydän- ja keuhkokeskus,  
kardiologian klinikka,  
sydäntutkimusosasto  
hannu.parikka@hus.fi

## Kuinka monta kertaa eteisvärinäpotilaalle kannattaa tehdä kardioversio?

Eteisvärinäpotilaan rytminsiirtojen määrään ei ole laskentakaavaa. Ratkaisevia ovat haitan aste eli verenkiertojärjestelmän kyky kestää muuta kuin sinusrytmiä, eteisvärinän vaikutus sairastavuuteen, hoidon linjaus ja rytminsiirron turvallisuus. Eteisvärinä lisää hieman kuolleisuutta väestötasolla, mutta sen poistamisen ei ole vakuuttavasti osoitettu parantavan potilaiden ennustetta.

Ensimmäinen eteisvärinäkohtaus aiheuttaa yleensä niin huomattavat oireet ja hätäntymisen, että rytmihäiriöstä eroon pääseminen on mielekästä. Rytminkääntöyritystä myös vähäoireisille puoltaa Käypä hoito -suosituskkin (1). Jos eteisvärinä tulee ilmi sattumalöydöksenä tai lieväoireisena, kardioversioita ei pidä tehdä toistuvasti. Eteisvärinä vaikuttaa näillä henkilöillä vähäisesti vireyteen ja fyysiseen aktiivisuuteen, mutta ei lainkaan ennusteeseen (2).

Kardioversio on yksi seisake eteisvärinäpotilaan hoitojatkumossa. Sen jälkeen tulee aloittaa tutkimukset eteisvärinän syyn löytämiseksi: rakenteellisen sydänsairauden poissulku, kilpi-

määrittäjä. Sen ilmaantuvuutta lisäävät aiemmat aivoverenkierron häiriöt ja useat verenkiertojärjestelmän sairaudet ja riskitekijät. Valittavasti edelleenkin antikoagulaatiohoitoa saavat usein henkilöt, joiden tromboemboliaa on vähäisempi kuin hoidosta aiheutuva haitta, ja toisaalta suuren vaaran potilaiden hoito ei toteudu tehokkaasti (1). Eteisvärinän hoitostrategia ei ratkaise antikoagulaatiohoitoa, eikä toistuvia kardioversioita pidä käyttäen perusteena antikoagulaatiohoidosta pidättäytymiseen.

Rytminsiirto on turvallinen potilaalle, jonka verenkierron tila on saatu vakaaksi ja antikoagulaatiohoito on toteutunut asianmukaisesti. Kun sähköinen isku muistetaan tehdä R-aaltoon synkronoituna, ei kammiovärinän vaaraa ole. Sinusrytmin hidas syttyminen voi olla merkki sinussolmukkeen toiminnan viasta, joka voidaan korjata tahdistinhoidolla. Eteislyöntisyys on usein merkki eteisvärinän paikallisalkuisesta mekanismista. Sähköinen rytminsiirto ei vaurioita sydänlihasta (3). EKG:ssä joskus nähtävä lyhytkestoinen ja itsestään ohimenevä ST-tason nousu ei vaikuta ennusteeseen eikä aiheuta kliinistä sydäntapahtumaa (4).

Suomessa akuutti kardioversio on aiemmin toteutettu ilman hepariinia. Tromboemبولian ilmaantuvuus akuutissa kardioversiossa oli kotimaisissa tutkimuksissa 0,7 %, terveillä alle 60-vuotiailla lähes olematon mutta sydämen vajaatoimintaa ja diabetesta sairastavilla jopa 9,8 % (5). Kun kardioversioon päästiin 12 tunnin kuluessa oireiden alusta, tromboembolia oli harvinainen (6). Eteisvärinän Käypä hoito -suositukseen päivitettiin 2015 tromboembolia-vaaran ja antikoagulaatiohoidon tarpeen arviointi myös akuutissa rytminsiirrosta: vain CHA2DS2-VASc-vaaratekijöiden puuttuessa rytminsiirto voidaan tehdä ilman heparinisäätöä ja antikoagulaatiohoidon aloittamista.

Eteisvärinän hoidon suuntaviivat laaditaan potilaan kanssa neuvotellen, eri vaihtoehtojen edut, haitat ja riskit punniten. Tämä on syytä tehdä rauhassa, ei päivystyspoliklinikan hälinässä. Oleellista on, ettei kardioversio jää ainoaksi hoidoksi. ●

*Kardioversio on yksi seisake eteisvärinäpotilaan hoitojatkumossa.*

rauhasen liikatoiminnan etsiminen tai eteisvärinää aloittavien rytmihäiriöiden hakeminen. Jos eteisvärinä on lisäjuonne akuutissa vakavassa sydän- tai yleissairaudessa, huomio kohdistuu ensisijaisesti perussairauden hoitoon.

Rytminsiirron ja sinusrytmin pysyvyyteen tähtäävän hoidon moottori on vaikeaoireisuus. Toistuvatkin kardioversiot puoltavat paikkaansa, kun sinusrytmin palauttamisella pyritään estämään eteisten muokkautuminen eteisvärinää sähköisesti ja rakenteellisesti ylläpitävään tilaan. Sopiva estolääkitys tai katetriablaatio on perusteltua hoitoa, nuorille aikuisille ablaatiohoito jopa ensimmäisenä hoitomuotona.

Aivohaveri on eteisvärinän merkittävin komplikaatio ja sairastavuuden ja ennusteen

KIRJALLISUUSLUETTELO  
pdf-versiossa  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 20/2016

#### KIRJALLISUUTTA

- 1 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus 24.4.2015. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 2 Testa L, Biondi-Zoccai GGL, Dello Russo A ym. Rate-control vs. rhythm-control in patients with AF. A meta-analysis. Combined end point of all cause death and thromboembolic stroke. *Eur Heart J* 2005;26:2000–6.
- 3 Cemin R, Rauhe W, Marini M, Pescoller F, Pitscheider W. Serum troponin I level after external direct current synchronized cardioversion in patients with normal or reduced ejection fraction: no evidence of myocyte injury. *Clin Cardiol* 2005;28:467–70.
- 4 Rumeau P, Fourcade J, Duparc A ym. ST-segment changes after direct external cardioversion for atrial fibrillation. Incidence, characteristics and predictive factors. *Int J Cardiol* 2011;148:341–6.
- 5 Airaksinen KEJ, Grönberg T, Nuotio I ym. Thromboembolic complications after cardioversion of acute atrial fibrillation. The FinCV (Finnish CardioVersion) study. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:1187–92.
- 6 Nuotio I, Hartikainen JEK, Grönberg T, Biancari F, Airaksinen KEJ. Time to cardioversion for acute atrial fibrillation and thromboembolic complications. *JAMA* 2014;312:647–9.
- 7 Pathak RK, Middeldorp ME, Lau DH ym. Aggressive risk factor reduction study for atrial fibrillation and implications for the outcome of ablation. The ARREST-AF Cohort Study. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:2222–3.